

مقدمه :

مقدمه ای بر شناخت نظام سلامت

- امروزه مقوله توسعه، مورد توجه بسیاری از کشورهاست و به زبان ساده توسعه، چیزی **جز رضایت بخش کردن وضعیت مردم** نیست. از سوی دیگر، در راه رسیدن به جنبه های مختلف توسعه، انسان ملاک اصلی است و سلامت وی برای راهبران برنامه های توسعه از اهمیت زیادی برخوردار است. **(انسان سالم محور توسعه پایدار)** با این وصف، هنوز بسیاری از نظام های بهداشتی و درمانی جهان، بد اداره می شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم گیری در بخش بهداشت و درمان خود، با مشکلات فراوانی روبرو هستند. به همین منظور، برای آشنایی بیشتر بطور خلاصه، انواع دسته بندی نظام بهداشتی و درمانی می پردازیم.

Introduction of health sector

- نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان ها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد می باشند و از این خدمات می توان به عنوان اقدام سلامت (health action) نام برد.
- سازمان جهانی بهداشت (WHO) تمام فعالیت هایی که هدف اصلی آن حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت است را نظام سلامت میگوید.

انواع دسته بندی نظام های بهداشتی و درمانی :

- نظام های بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف، متأثر از شرایط **سیاسی، اقتصادی و فرهنگی** آنهاست، بطوریکه کشورهایی با نظام سیاسی - اقتصادی مشابه، عموماً از نظام های درمانی مشابهی هم برخوردار هستند. نقش **فرهنگ** نیز در این رابطه بسیار چشمگیر است. فرهنگ به وضوح در نحوه کارکرد نظام بهداشتی درمانی مؤثر واقع می شود. در کشورهایی که فرهنگ کار و کوشش رواج دارد، عموماً نظام بهداشت و درمان نیز موفق تر است، هرچند که سیستم اجرایی نظام از نوع قدیمی یا اقتباسی باشد. بعنوان مثال، گرچه نظام بهداشتی درمانی کشور ژاپن از نظام آلمان الگو برداری شده است ولیکن، مشخصاً کشور ژاپن به ویژه در بخش بهداشت موفق تر بوده است.

- نوع دیگر تقسیم بندی می تواند براساس **نظام پرداختی و نحوه تأمین مالی** هر نظام باشد. این نوع تقسیم بندی که امروزه رواج بیشتری دارد، علاوه بر مشخص کردن ارتباطات مالی سازمان های درگیر، نوع سازمان های بهداشتی و درمانی موجود و همچنین استراتژیهای کل نظام را مشخص می کند.
- اگرچه نوع نظام بهداشت و درمان هیچگاه در دو کشور کاملاً یکسان نیست، ولی به هر حال تشابه گروهی از عوامل و متغیرها باعث می شود که بتوان نظامهای مذکور را دسته بندی کرد.
- از معمول ترین روش تقسیم بندی نظام، **دسته بندی بر اساس نظام سیاسی و اقتصادی کشور** می باشد. دسته بندی نظام های بهداشتی و درمانی براساس **منطقه جغرافیایی** و میزان توسعه یافتگی شاخص های بهداشتی نیز امکان پذیر است. معمولاً کشورهایی که در یک منطقه جغرافیایی قرار دارند، از نظام مشابهی نیز برخوردار هستند، از طرف دیگر می توان کشورهایی را که از **لحاظ شاخص های بهداشتی** در رده های مختلف قرار دارند، تقسیم بندی کرد و فرضاً در سه گروه **پیشرفته، متوسط و ضعیف** قرار داد.

دسته بندی بر اساس نظام های اقتصادی

سازمان ملل متحد کشورهای مختلف جهان را از لحاظ سیاسی و اقتصادی به سه دسته تقسیم می کند:

- ۱- کشورهای پیشرفته با نظام سرمایه داری
- ۲- کشورهای سوسیالستی
- ۳- کشورهای در حال توسعه یا عقب مانده

که لازم به ذکر است تقسیم بندی ایولاکست مطلوب تر از تقسیم بندی فوق است

- ۱- کشورهای پیشرفته
- ۲- کشورهای در حال توسعه

- ۱- کشورهای پیشرفته با نظام سرمایه داری : که حدود ۱۹٪ جمعیت جهان را در بر می گیرد مانند آمریکا، کانادا، کشورهای اروپای غربی، ژاپن، استرالیا و زلاندنو.
- ۲- گروه کشورهای سوسیالیستی : در این گروه اتحاد جماهیر شوروی سابق، کشورهای اروپای شرقی، چین، کره شمالی، ویتنام و کوبا جای می گیرند، که ۳۳٪ درصد جمعیت جهان در این گروه قرار دارند.
- ۳- گروه کشورهای در حال توسعه : این کشورها در سه قاره آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین پراکنده اند و ۴۸٪ از جمعیت جهان در این گروه قرار دارند.

ب) یک تقسیم‌بندی دیگر که واقع بینانه‌تر می‌باشد، توسط مجله توسعه بهداشت (WHF) صورت گرفته که شامل :

تقسیم‌بندی بر اساس مجله توسعه بهداشت (WHF)	
• سیستم تعاون همگانی (PUBLIC ASSISTANCE)	
• نظام‌های بیمه عمومی (PUBLIC HEALTH INSURANCE)	
• نظام بهداشت و درمان ملی (NATIONAL HEALTH SYSTEM)	

۱- نظام بیمه‌های عمومی (کشورهای صنعتی و سرمایه‌داری)

- در ۲۳ کشور با ۱۸ درصد جمعیت جهان.
- عنصر اصلی این کشورها بیمه می‌باشد. در حقیقت زیر بنای نظام بهداشتی و درمانی را بیمه تشکیل می‌دهد که بسته به نوع پوشش بیمه در کشورهای مختلف، متفاوت است. اکثر کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی در این دسته قرار دارند.
- تفاوت بین سیستم این کشورها-برخی بیمه کاملاً غیر دولتی (اسرائیل)-هم دولتی و هم خصوصی (آمریکا)- فقط دولتی (کانادا-دانمارک-فنلاند و...)

– نظام بهداشت و درمان ملی (National health system) (کشورهای سوسیالیست و در حال صنعتی شدن)

- در ۱۴ کشور (قبل از فروپاشی شوروی) حدود ۳۳ درصد جمعیت جهان
- در این گروه همه هزینه‌ها از طریق مالیات‌ها تأمین می‌شود و تمام جمعیت تحت پوشش خدمات رایگان قرار می‌گیرند. تمام کشورهای سوسیالیستی در این گروه قرار دارند. دو کشور سوئد و انگلستان بسیار به این نظام نزدیک می‌باشند.
- تأکید بسیار بر مشارکت مردم و اقدامات پیشگیری
- همچنین تأکید بر درمان‌های سرپایی و توزیع جغرافیایی امکانات بر حسب جمعیت

۳- سیستم تعاون همگانی (معاونت عمومی)

- در حدود ۱۰۸ کشور با ۴۹ درصد جمعیت جهان اجرا می‌شود
- در این نوع سیستم هیچ سازمان یا نهادی ویژگی خاص یا برگزیده‌ای در نظام بهداشت و درمان ندارد. همه عناصر کشور به نحوی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دخالت دارند و در کشورهای مذکور انواع متنوعی از سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و پرداخت کننده وجود دارد.
- ویژگیها: کمبود تسهیلات-شلوغی و کمبود پرسنل-بیمه دولتی برای مستخدمین دولت
- درآمد سیستم عموماً از طریق مالیات‌های عمومی کسب می‌گردد. مؤسسات بیمه مختلف اعم از دولتی و خصوصی نیز در این کشورها فعالیت دارند که درآمد خود را از طریق مالیات، و یا حق بیمه کسب می‌کنند. اکثریت کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین در این گروه قرار دارند.

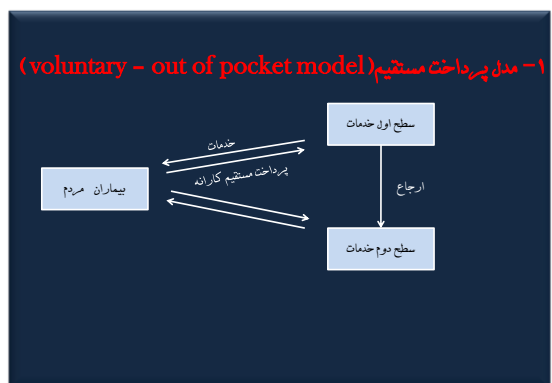
ج) تقسیم بندی براساس نظام پرداخت و تأمین مالی :

- از ویژگی های این نوع تقسیم بندی، مبتنی بودن آن بر نظریه سیستم هاست. هر کدام از هفت مدل زیر که نام برده می شوند بعنوان یک subsystem یا زیر مجموعه ای از نظام بهداشت و درمانی کشور عمل می کنند.



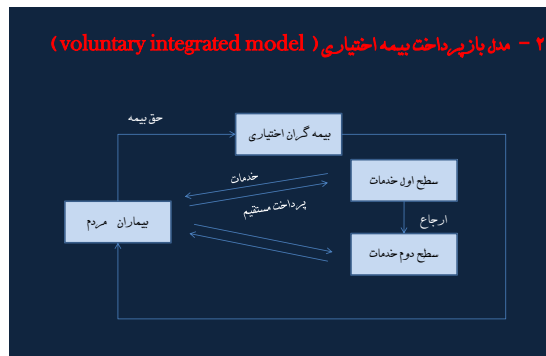
۱- مدل پرداخت مستقیم

- ساده ترین مدل که در **بخش خصوصی** بیشترین کاربرد را دارد، بیمار از جیب خود هزینه درمان را به صورت سیستم **کارانه** پرداخت می کند. این مدل بستگی کامل به قدرت پرداخت دارد و در صورتی که **درآمد** افراد زیر سطح معینی باشد و یا در هنگام وقوع بحران های بهداشتی، اجرای این مدل با مشکلات زیادی همراه خواهد بود. در حال حاضر این مدل تنها یک نقش **حمایتی** در نظام های بهداشتی و درمانی جهان ایفا می کند. بیشترین کاربرد این مدل در **خرید دارو** یا در **پرداخت فرانشیز** در مراکز درمانی است.



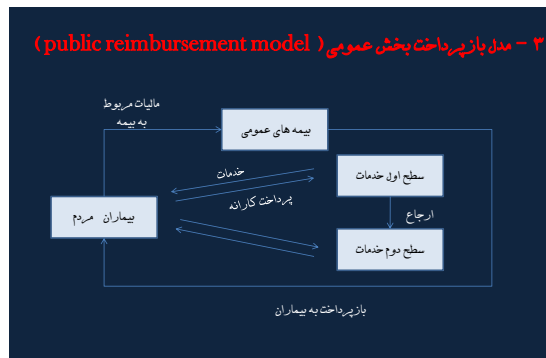
۲- مدل باز پرداخت بیمه اختیاری

- در این مدل هزینه های بیمه شدگان که به میل خود با پرداخت حق بیمه، بیمه شده اند، مستقیماً به خود آنها، توسط شرکتهای بیمه ای پرداخت می شود. از طرف دیگر توسط سیستم کارانه، بیماران حق الزحمه پزشکان و مؤسسات درمانی را پرداخت می کنند. در حقیقت در این مدل ارتباط بین مؤسسات بیمه ای و ارائه دهندگان خدمات وجود ندارد.
- خطر اخلاقی: (مصرف بیش از حد توسط بیمه شده)
- انتخاب خطر: انتخاب افراد کم خطر توسط سازمان بیمه
- نابرابری در دستیابی به بیمه: دستیابی به بیمه بر اساس توانایی پرداخت افراد

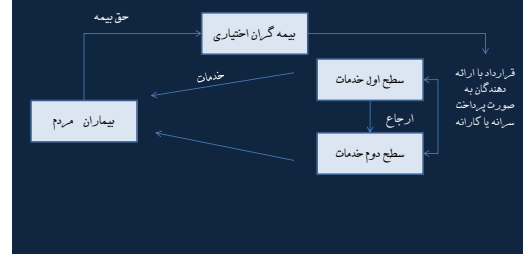


۳- مدل بازپرداخت بخش عمومی

- در این مدل، تأمین مالی بیمه های عمومی براساس مالیات بیمه ای می باشد که تعداد آن کاملاً بستگی به درآمد افراد دارد. حتی این مالیات می تواند توسط پارانه های دولت برای قشر کم درآمد جامعه، کاملاً حذف می گردد.
- عدم رقابت بین صندوقهای بیمه



۴ - مدل قراردادی بیمه اختیاری (voluntary contracted model)

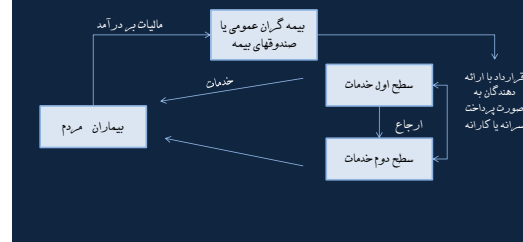


۴- مدل قراردادی بیمه اختیاری

این نوع مدل، ابتدا در اروپا مطرح شد و اساس آن بر **عقد قرارداد بین مؤسسات بیمه ای و ارائه دهندگان خدمات**، استوار بود. وجود این چنین قراردادی باعث می شد که بخشی از خدمات یا تمام آن بطور رایگان به بیمار عرضه گردد.

- چون بیمه اختیاری است بین مؤسسات رقابت وجود دارد
- کاربرد آن در اروپا وسیع نیست تنها بخش خصوصی ترکیه و اسپانیا از آن استفاده می کند

۵ - مدل قراردادی بیمه عمومی (public reimbursement model)

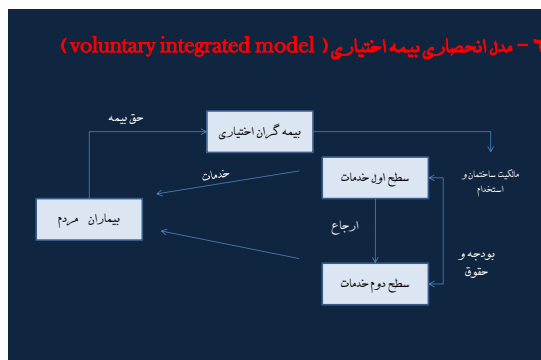


۵- مدل قراردادی عمومی

- مالیات بر درآمد **بصورت اجباری** وجود دارد و سازمانهای عمومی، اعم از دولت یا بیمه، پرداخت خود را به صورت کارانه یا سرانه، انجام می دهند. در این مدل هم، چون یک نوع حالت اجبار بر پرداخت از طرف مردم وجود دارد، پوشش بیمه ها و خدمات معمولاً همگانی است.

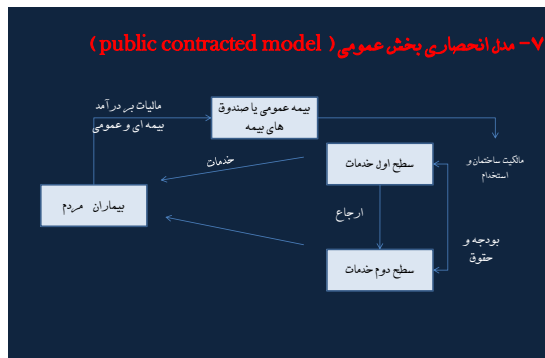
۶- مدل انحصاری بیمه اختیاری (پول و بیمار به هم ارتباطی ندارند)

- در این مدل، مؤسسات بیمه ای در رقابت آزاد هستند و از محل حق بیمه دریافتی آنها بودجه و حقوق ثابت به مراکز درمان و با پزشکان پرداخت می شود. (استخدام پزشکان و حقوق ثابت) تفاوت عمده این مدل، با سایر مدل های اختیاری در تملک مراکز درمانی، در سطح اول و دوم توسط مؤسسات بیمه ای می باشد. استخدام، مدیریت، ارزیابی و برنامه ریزی عمدتاً نیز توسط مؤسسات پرداخت کننده صورت می گیرد. از آنجایی که در این مدل مؤسسات بیمه ای فرصت بیشتری جهت اداره و کنترل سازمانهای خود می یابند، کارایی، چه از لحاظ کمی و چه کیفی، افزایش می یابد. از طرف دیگر انحصاری بودن مدل باعث می شود تا پول و بیمار با هم ارتباط نداشته باشند و در حقیقت پذیرش بیمار به معنی دریافت پول نیست.



۷- مدل انحصاری بخش عمومی (پول و بیمار به هم ارتباطی ندارند)

- پرداخت کننده عموماً دولت یا صندوق های بیمه هستند. تأمین مالی بر اساس مالیات بر درآمد صورت می گیرد و نوع پرداخت به ارائه دهندگان خدمت نیز به صورت بودجه و حقوق ثابت است. مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی از آن پرداخت کنندگان است (دولت محلی، دولت مرکزی و بیمه های عمومی). در حقیقت ارائه خدمت، ارائه و تأمین مالی، برنامه ریزی ارزیابی و مدیریت همگی بر عهده دولت می باشد و امکان پوشش همگانی خدمات، در این مدل بر راحتی وجود دارد. در حال حاضر کشورهای ترکیه، استرالیا، دانمارک، فنلاند، یونان، ایسلند، ایتالیا، نروژ، پرتغال و سوئد از این مدل استفاده می کنند.



مروری کلی بر مدل های نظام های سلامت در دنیا :

- عملکرد هر نظام سلامت و وضعیت سلامت آن، به طرق گوناگون تحت تاثیر الگوهای مربوط به ساماندهی و ساختار نظام تامین مالی و ارائه خدمات در آن کشور قرار می گیرد. این مدل ها را به طور کلی می توان در گروه های کلی زیر دسته بندی نمود:

- بنابراین :
- بسیاری از کشورها، چندین مدل از ۷ مدل مذکور را در درون سیستم خود منظور کرده اند. در این کشورها همراه با مدل های عمومی قراردادی که عموماً برای خدمات سرپایی مناسب است (حافظ استقلال موسسات و پزشکان)، از مدل های انحصاری نیز که به نظر می رسد مناسب بیمارستان ها می باشد، استفاده می شود. بازپرداخت مستقیم برای بخش خصوصی مناسب است. مدل های اختیاری کاربرد کمی دارند و بیشتر کمکی هستند.

۱- مدل مستقیم یا فاقد انباشت خطر :

- در این مدل انتقال مستقیم پول بین پزشک و گیرنده خدمت صورت می گیرد. این مدل عمدتاً در قرن نوزدهم معمول بوده است. مدل مستقیم در واقع ناعادلانه ترین شیوه تامین مالی در نظام سلامت می باشد که فشارهای اقتصادی بسیار زیادی را به خانوارها تحمیل می نماید.
- حساب های پس انداز پزشکی (Medical Saving Accounts) در واقع نوعی مدل مستقیم پیشرفته است که افراد به صورت اجباری درصدی از درآمد خود را به صورت پیش پرداخت در یک حساب شخصی پس انداز و از آن برای تامین مخارج سلامت خود استفاده می کنند. از این روش برای تامین مالی نظام سلامت سنگاپور و بخش هایی از امریکا استفاده می کنند.

۲- مدل آمریکایی یا بازار آزاد (Extreme Libertarian Model):

- در این مدل نیز همانند مدل قبل به دلیل نبود انباشت خطر مناسب، بیمه های خصوصی سلامت (Private Health Insurance) فعالیت بسیار زیادی دارند و معمولاً حق بیمه های مبتنی بر خطر از طریق قراردادهای بیمه ای از افراد داوطلب جمع آوری می شود. در این مدل ارائه دهندگان خدمات بیشتر به صورت خصوصی فعالیت می کنند.
- در برخی منابع دیگر، امریکا به عنوان نظامی مختلط شناخته شده است.

۳- مدل NHS یا مدل بورج (Or National Health Services Model (Beverage

- نوعی نظام تامین اجتماعی و تامین مالی مراقبتها و خدمات سلامت می باشد که از طریق درآمد های ناشی از مالیات عمومی و دیگر حق مشارکت های اجباری تامین مالی می شود. به عبارت دیگر منابع از مالیات های عمومی تامین و از طریق دولت به شبکه پیوسته از ارائه کنندگان عمومی تخصیص داده می شود.
- در این نظام بسته خدمات استاندارد (شامل پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی) به طور همگانی و تقریباً به صورت رایگان به تمامی جمعیت ارائه می گردد. چنین مدلی به نظام طب ملی (NHS) معروف است. در چنین شرایطی نظام بیمه ای وجود ندارد و وزارت سلامت به عنوان متولی نظام سلامت علاوه بر ساماندهی ارائه کنندگان خدمات در واقع نقش خریدار خدمت را نیز بر عهده دارد (یعنی خریدار و ارائه دهنده در یک نظام مستقر گردیده اند). تحولات اخیر حاکی از ایجاد بازار داخلی در چنین مدلی بوده است.
- کشورهایی مانند بریتانیا، ایتالیا، پرتغال، دانمارک و ترکیه دارای چنین نظامی هستند.

- در این مدل تامین مالی معمولاً به طور مشترک توسط بیمه های خصوصی سلامت (Private Health Insurance) و بیمه عمومی سلامت (Public Health Insurance) تامین می گردد.
- در این کشور بیمه های مدیکید و مدیکیر در آن به طور عمومی و بیمه های سپر آبی، صلیب آبی نمونه ای از تامین مالی از طریق بیمه های خصوصی محسوب می گردد.

۴- مدل بیسمارکی یا مدل بیمه اجتماعی سلامت) (Social Health Insurance Model

- نوعی نظام ملی تامین اجتماعی و بیمه سلامت می باشد که افراد از طریق مالیات های دستمزدی (Payroll Tax) به طور اجباری در آن مشارکت می کنند. چنین حق بیمه هایی بدون توجه به میزان خطرات افراد و براساس نرخ بندی اجتماعی (Community Rate) تعیین و جمع آوری می شود. در چنین مدلی صندوق های ناخوشی که نوعی بیمه سلامت خودگردان هستند، خرید خدمات از بخش عمومی و خصوصی را بر عهده دارند. به عبارت دیگر در این نظام، خریداران (شخص ثالث) و ارائه دهندگان (شخص دوم) به طور جدا از هم و از طریق قرارداد های رسمی یا شبه قراردادهای با هم در تعامل بوده و ارزش خدمات و نوع خدمات قابل بازپرداخت از طریق چانه زنی و مذاکره مشخص می گردد.
- کشورهای آلمان، هلند، فرانسه، بلژیک، ژاپن، کره و اتریش دارای چنین نظامی هستند.

۵- مدل بیمه ملی سلامت (National Health Insurance) (Insurance

- بیمه ملی سلامت (بیمه فراگیر سلامت ملی) نوعی مدل بیمه ای است که از سویی دارای برخی از ویژگی های مدل بیسمارکی و برخی از ویژگی های مدل بورجی از سوی دیگر است. در این مدل، تامین مالی به صورت اجباری و به طور مشترک از سوی دولت مرکزی و ایالت های آن تامین مالی می گردد. کشورهایی مانند کانادا، نروژ و سوئد دارای چنین مدلی هستند.
- چنین نظام هایی در بعد بیمه های سلامت نظامی کاملاً شبیه به نظام بیمه های اجتماعی سلامت دارند.

۱- منابع تولید

- کلیه عواملی که در امر تولید خدمات بهداشتی و درمانی مشارکت دارند.
- شامل نیروی انسانی بهداشتی - تسهیلات مراقب بهداشتی - کالاهای پزشکی (وسایل و تجهیزات، داروها و...) - دانش و تکنولوژی مناسب بهداشتی - دانشگاههای علوم پزشکی

بنیان سیستم سلامت

- شامل پنج جزء اصلی است:
- ۱- منابع تولید
- ۲- ساختار سازمانی
- ۳- مدیریت
- ۴- پشتیبانی اقتصادی
- ۵- عرضه خدمات

۲- ساختار سازمانی بهداشت

1. وزارت بهداشت
2. سازمان تامین اجتماعی
3. وزارت آموزش و پرورش
4. وزارت آموزش عالی
5. وزارت کشاورزی
6. وزارت کار
7. وزارت برنامه
8. وزارت دفاع
9. وزارت دارایی
10. وزارت کشور
11. بنگاههای شبه دولتی (راه آهن - بانک - شرکت نفت و ...)
12. موسسات داوطلب بهداشتی و درمانی (NGO)
13. شرکتهای خصوصی
14. بخش خصوصی

۲- ساختار سازمانی

- شامل: ترکیبی از وزارت بهداشت و سایر عوامل دولتی که هر یک به نوعی در بهداشت دخیلند. مثل: موسسات تامین اجتماعی - وزارتخانه های آموزش و پرورش و آموزش عالی، موسسات داوطلب، هلال احمر و ...
- هر قدر ساختار سازمانی با نیازهای اجتماعی مردم هماهنگ تر باشد فرآیند عرضه خدمات سهل تر است

۴- پشتیبانی اقتصادی

- شامل منابع لازم برای بهداشت مثل درآمدهای عمومی- بیمه های اجتماعی- امور خیریه- بیمه های داوطلبانه- کمکهای اشخاص و ...
- نسبت بودجه اختصاص یافته به بخش سلامت و نحوه تخصیص آن به مراقبتهای اولیه، ثانویه و نهایی یا مراقبتهای بیمارستانی و سرپایی.

۳- مدیریت

- شامل سیاست گذاری و برنامه ریزی بهداشت ، مدیریت بهداشت و درمان (سرپرستی ، هماهنگی و...) انتظام امور (کنترل دارو، پروانه طبابت و ...) و پایش و ارزشیابی خدمات ...

چارچوب مقایسه سیستمهای بهداشتی و درمانی

- جهت تجزیه و تحلیل یک سیستم سلامت ۱۰ جزء اصلی وجود دارد که باید با یک روند منطقی و علمی مورد بررسی قرار بگیرد

۵- عرضه خدمات

- شامل سیستم ها و شیوه های عرضه خدمات بهداشتی اولیه، ثانویه و نهایی
- مراقبت گروههای ویژه (سالمندان- کودکان- زنان باردار- پرسنل نظامی و...)
- بیماریها (بیماریهای روانی- سل- جزام- مالاریا- دیابت و ...)
- دسترسی به خدمات بهداشتی یا پوشش تمامی جمعیت

۲- عوامل اجتماعی و فرهنگی

- نگرش مردم به بهداشت و درمان چگونه است؟
- نقش خانواده در مراقبتهای بهداشتی
- وظایف خاص زنان و مردان
- نقش خانواده در حمایت از سالمندان
- رفتارهای بهداشتی مردم و سلامت
- ارزش مشاغل بهداشتی در جامعه
- مشارکت مردم در خدمات داوطلبانه

۱- روند پیشرفت سیستم خدمات بهداشتی- درمانی

- تاریخچه جامعه
- گسترش و رشد سیستم سلامت
- موجب درک روشن تر از موقعیت حال و آینده

۳- خصوصیات جمعیت شناسی

- نیازهای حال و آینده
- روند حرکات جمعیت

۴- عوامل اقتصادی

- وضعیت عمومی اقتصادی (عملکرد اقتصادی)
- چه درصدی از GDP به سلامت اختصاص می یابد
- نقش بخش عمومی- خصوصی و خیریه در تامین منابع مالی سلامت
- شناسایی روند هزینه های سلامت و تامین منابع مالی

۵- سطح تحصیلات:

- سطح عمومی آموزش و آگاهی مردم
- درصد جمعیت باسواد (ابتدایی- راهنمایی- دبیرستان و ..)
- نحوه تامین منابع مالی برای آموزش نیروی انسانی سلامت
- تخصصها و رده های شغلی در دسترس
- نحوه آموزش و بازآموزی پرسنل سلامت
- کنترل و نظارت بر صاحبان این حرف

7- ویژگی‌های سیستم بهداشت

1. توصیف روشن از سازمان، اهداف، افراد ذیفع در سیستم سلامت
2. چه نوع خدماتی عرضه می شود؟
3. شکل مالکیت و کنترل و اداره سیستم چگونه است؟
4. چه تأکیدی بر خدمات بهداشت عمومی، مراقبت اولیه و بهداشت روان وجود دارد؟
5. آیا بر آموزش، و ترویج بهداشت و پیشگیری از بیماری تأکید می شود؟
6. این موضوعات چگونه در عمل بکار گرفته می شود؟

6- ساختار سیاسی و فلسفی

1. عملکرد سیستم سیاسی در جامعه
2. گرایش فلسفی سیستم سیاسی چگونه است؟
3. مکانیزم سیاسی برای گسترش عدالت اجتماعی چگونه است؟
4. چه سطوحی از سازمانهای دولتی در نظام سلامت وجود دارد
5. مسئولیت تأمین سلامت از چه جایگاهی برخوردار است؟
6. نقش بوروکراسی خدمات شهری در مراقبتهای سلامت
7. نقش بخش عمومی و خصوصی در نظام سلامت

9- مسائل اصلی بهداشتی و سیستم خدمات

بهداشتی و درمانی

1. معضلات اصلی مراقبتهای بهداشتی چیست؟
2. مقایسه مشکلات فعلی با سالهای قبل و همچنین سایر کشورها
3. آگاهی از ارتباط مشکلات حوزه سلامت با جنبه های اجتماعی و رفتارهای بهداشتی
4. مقیاسهای اندازه گیری مشکلات وجود دارد؟
5. چه کسانی در شناسایی و اولویت بندی مشکلات نقش دارند؟
6. آیا هماهنگی بین منابع (نیروی انسانی-دانش-امکانات-پول) با مشکلات حوزه سلامت وجود دارد
7. آیا منابع جدید لازم است؟
8. ظرفیت افزایش منابع وجود دارد؟

8- کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی

1. وضعیت کیفیت خدمات ارائه شده نسبت به کشورهای مشابه
2. سنجش کیفیت چگونه انجام می شود؟
3. آیا برنامه های آموزشی و کارورزی به مباحث کیفی توجه دارند؟

10- سیستم تحقیقات مرتبط با سلامت

1. نقش دانشگاهها و مراکز علمی در تولید دانش و حل معضلات
2. آیا کشور به لحاظ علمی مستقل است؟
3. مراودات و ارتباطات علمی پزشکی چگونه است/
4. بکارگیری تکنولوژی نوین چگونه است
5. عملکرد پایگاههای علمی و شبکه های تحقیقاتی کشور
6. چه مقدار از نتایج تحقیقات به جامعه باز می گردد؟
7. آیا تحقیقات در حوزه سلامت بر مبنای نیازهای واقعی مردم است و با مشارکت گروههای ذینفع تعیین می گردد؟

